

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo, que visa analisar a organização da Vigilância Epidemiológica (VE) no sistema local de saúde de Feira de Santana-BA, de 1997 a 2001, considerando: estrutura organizacional, recursos disponíveis (humanos e materiais), planejamento, execução das ações e articulação intra, interinstitucional e intersetorial, tendo em vista a inserção do município na Gestão Plena da Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada em 3 etapas: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e observação direta com a equipe da VE. Os resultados revelaram a organização da VE caracterizada por mudanças frequentes de chefia. A estrutura centralizada na SMS, priorizando ações programáticas desarticuladas da rede de serviços. Nota-se avanços na infra-estrutura, apesar da carência de equipamentos e deficiência na capacitação dos recursos humanos. A transformação do modelo de atenção à saúde ocorrerá quando profissionais de saúde, gestores e usuários consolidarem a vontade política de transformar a prática nos serviços de saúde.

Descritores: vigilância epidemiológica; descentralização; serviços de saúde

Abstract

This is a qualitative study, which aims at analyzing the organization of Epidemiological Vigilance (EV) in the local health system of Feira de Santana-BA, from 1997 to 2001. In this study the following aspects were considered: organizational structure, resources available (human and material ones), planning, execution, intra and interinstitutional and intersectional articulations, considering the insertion of the city in the "Basic assistance Program". The collection of data was carried out in 3 stages: documental analysis, semi-structured interviews and direct observation with the VE team. Results revealed that there are frequent changes in the management positions of VE. The structure, centralized in the SMS, prioritizes programmatic actions which are not articulated to the network of services offered. Advances can be noticed in the infrastructure, despite the lack of equipment and the deficiency in the qualification the human resources. The transformation of the model of health assistance is possible if health professionals, managers and users have political interest in changing it the practices in health services.

Descriptors: epidemiological surveillance; decentralization; health services

Title: Epidemiological vigilance in the local health system

Resumen

Se trata de un estudio calitativo, que procura analizar la organización de Vigilancia Epidemiológica (VE) en el sistema local de salud de Feira de Santana-BA, de 1997 a 2001, considerando: estructura organizacional, recursos disponibles (humanos y materiales), planeamiento, ejecución de las acciones y articulación intra, interinstitucional e intersectorial, teniendo en cuenta la inserción del municipio en la Gestión Plena de Atención Básica. La recogida de datos se realizó en 3 etapas: análisis documental, entrevistas semiestructuradas y observación directa con el equipo de VE. Los resultados apuntan que la organización VE ha tenido cambios frecuentes de gestores y como la estructura se centra en la SMS da prioridad a programas de acción desarticulados de la red de servicios. Se notan avances en la infraestructura, aunque se carece de equipamientos y exista deficiencia en la capacitación de los recursos humanos. La transformación del modelo de atención a la salud ocurrirá cuando los profesionales de la salud, los gestores y los usuarios consoliden su voluntad política de transformar la práctica de los servicios de la salud.

Descriptores: vigilancia epidemiológica; descentralización; servicios de salud

Título: Vigilancia epidemiológica en el sistema local de salud

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de uma nova organização do sistema de saúde, vem adotando, a partir da década de 90, a municipalização da saúde como estratégia de descentralização da gestão e organização das ações e serviços, sendo a Vigilância Epidemiológica parte desta organização.

Portanto, o nosso tema de investigação é a organização da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS-FS) no processo de descentralização da saúde, tomando como base para análise o período de 1997-2001, tendo em vista a inserção do município na forma de gestão da atenção básica nos moldes da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-96) ⁽¹⁾.

O conceito de Vigilância Epidemiológica ⁽²⁾ coaduna com o objeto central da Epidemiologia, significando um sistema de coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de um sistema de saúde; ou seja, a vigilância tem o propósito de gerar prontamente informações que possam ser processadas e analisadas, uma vez que, as suas práticas envolvem um conjunto de orientações de caráter clínico-individual, epidemiológico-coletivo e administrativo. O

individual atende a demanda espontânea, fundamentada na racionalidade clínica e o coletivo abrange saberes e técnicas que compõe a VE, tais como: indicadores de prevalência, de incidência e distribuição dos riscos sociais e de grupo, assim como indicadores de qualidade de vida e de desigualdade social. O administrativo engloba um conjunto de procedimentos que envolvem coordenação e supervisão de recursos humanos, distribuição das atividades entre a equipe da VE e desta com a equipe de saúde.

Considerando de fundamental importância para o funcionamento do sistema de saúde do município, surge uma questão a ser investigada: como se organiza a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA no processo de descentralização da saúde?

Nesse sentido apresenta-se o seguinte objetivo: analisar a organização da Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana-BA, de 1997 a 2001, considerando: estrutura organizacional, recursos disponíveis (humanos e materiais), planejamento, execução das ações e articulação intra, interinstitucional e intersetorial, tendo em vista a inserção do município na Gestão Plena da Atenção Básica.

* Enfermeira. Membro do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS.

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Saúde da UEFS. Coordenadora do NUPISC.

*** Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Técnica da Vigilância Epidemiológica de Feira de Santana. Professora da UEFS.

E-mail do autor: marluceassis@bol.com.br

2 Fundamentação teórica

2.1 Aspectos teórico-conceituais da Epidemiologia

O entendimento sobre Vigilância Epidemiológica perpassa a compreensão da epidemiologia, visto que tal Vigilância fundamenta-se no saber epidemiológico para realizar suas atividades. Além disso, a finalidade da epidemiologia é de concorrer para reduzir os problemas de saúde na população. Apesar do termo epidemiologia ser recente, sua origem remonta à era hipocrática, quando o famoso médico grego que viveu há cerca de 2.500 anos, estudou as doenças epidêmicas e suas variações geográficas, entendendo-as como produto da desarmonia entre indivíduo e o ambiente que o cerca⁽²⁾.

Ressalta-se que foi no século XIX, o estabelecimento de suas bases, enquanto disciplina. Nesse período, como consequência da Revolução Industrial, as cidades cresciam e as condições de vida se degradavam. Grande parte das pessoas viviam em ambientes insalubres, de modo similar às condições encontradas hoje nas periferias das cidades. O paradigma dominante explicava que as epidemias de doenças contagiosas surgiram através de emanções resultantes do acúmulo de dejetos, favorecendo a anulação da contribuição epidemiológica de Hipócrates⁽³⁾.

No final do século XIX, com a descoberta do micróbio e a definição de que agentes etiológicos específicos eram a causa de doenças específicas, todo conhecimento acumulado sobre os fatores relacionados com a ocorrência das doenças e a sua determinação social sofre um grande retrocesso. Consolida-se, neste período, o conceito de unicausalidade (para cada doença um agente específico). As explicações multicausais não encontram eco e a determinação social é totalmente rejeitada⁽³⁾.

Nesse contexto, desenvolve-se a teoria ecológica de doenças infecciosas, no início do século XX, que questiona o conceito de unicausalidade, fundamentando a idéia de que a interação do agente com o hospedeiro ocorre em um ambiente composto de vários elementos (físicos, biológicos e sociais)⁽³⁾.

Nas primeiras décadas do século XX, a epidemiologia tenta abranger seu objeto para além das doenças infecto-contagiosas, desenvolvendo nos anos 30 e 40 o enfoque de risco, e no período de 40 a 60, consolida-se os métodos e os principais desenhos de estudos, com o desenvolvimento de técnicas de computação de dados, esta disciplina alcança autonomia na produção de conhecimentos sobre problemas de saúde no âmbito coletivo⁽⁴⁾.

Dos anos 70 aos dias atuais, os avanços da Epidemiologia têm se concentrado no desenvolvimento de técnicas analíticas, com a generalização do uso de métodos multivariados e, nessa perspectiva, renasce nos países da América Latina o interesse pela determinação social das doenças, movimento denominado de Epidemiologia Social, que pretende explicar com elementos científicos o porquê das condições de vida e de saúde da grande maioria das populações desses países⁽³⁾.

Em síntese, o conceito de epidemiologia evoluiu com o passar dos tempos, buscando hoje, abranger: um conjunto de conceitos, métodos e formas de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva e social,⁽⁵⁾ significa que a epidemiologia tem procurado situar seu nível de ação transformadora no social, na problemática de saúde que se dá em consequência dos processos de deterioração ocorridos no trabalho e consumo das classes sociais, processos estes vinculados à reprodução geral da estrutura capitalista e às condições políticas e culturais que dela derivam.

O reconhecimento da VE, no Brasil, se dá em 1975, quando foi criado o Sistema Nacional de Vigilância

Epidemiológica (SNVE), pela Lei 6.259 sendo regulamentada em agosto de 1976, pelo Decreto n.º 78.231. Desta forma, o Ministério da Saúde passa a ser responsável pela coordenação das ações de VE⁽⁶⁾.

Nos anos 80, especialmente com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e a aprovação do texto constitucional em 1988, amplia-se a discussão a cerca do objeto da VE, articulado ao processo de descentralização desencadeado em nível nacional, via municipalização da saúde⁽⁴⁾.

Nos anos 90, o processo de descentralização avança em todo território nacional e surgem propostas para reorientação do modelo de saúde, pautado na vigilância em saúde, tomando como eixo a reorganização das práticas sanitárias, que propõe uma nova modalidade de intervenção, articulando assistência individual com questões de saúde coletiva^(7,8).

2.2 A Vigilância Epidemiológica no processo de descentralização da saúde

O processo de descentralização desencadeado a partir da década de 90 em Feira de Santana – BA procura adotar as diretrizes jurídicas que poderiam viabilizar a construção do SUS, fundada na descentralização. Foram criados no ano de 1991 o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde através das Leis nº 1415 e 1421/91, como também foi realizada a primeira Conferência Municipal de Saúde, resultando na elaboração do Plano Municipal de Saúde em 1992. Este plano objetivava, principalmente, a mudança no modelo de atenção à saúde ao criar um modelo assistencial organizado de acordo com as características epidemiológicas e demográficas do município, a integração da rede básica sob comando municipal e uma gestão democrática e participativa^(9,10). No entanto, o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde não se constituíram em ferramentas que pudessem potencializar mudanças no âmbito municipal⁽⁹⁾.

Somente no ano de 1995, Feira de Santana se habilita para a gestão incipiente. Contudo, as mudanças só acontecem em 1997, quando o município passa a ser Gestor da Atenção Básica com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96) e começa a receber recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾.

Segundo a Lei n.º 8.080/90⁽¹¹⁾ a VE é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A implantação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), significa um grande avanço no processo de descentralização, pois além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e as diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142⁽¹²⁾, favorecendo a constituição de mecanismos indutores da conformação do novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão.

O novo modelo de atenção deve incentivar a associação dos enfoques clínico e epidemiológico, centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade.

A construção de um novo sistema de saúde para os preceitos do SUS necessita de mudanças: na concepção de saúde-doença, passando da abordagem negativa para a positiva; no paradigma sanitário, superando o modelo flexneriano, que exclui os indivíduos dos aspectos sociais, para a articulação dos modelos da produção social e em defesa da vida, em que o estado de saúde está em permanente

transformação; mudança da prática sanitária, buscando uma atenção à saúde que valorize a integração entre saberes e práticas individuais e coletivas.

A vigilância da saúde⁽⁹⁾ é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde que tenta recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial.

Devemos, então, transformar o fazer cotidiano da vigilância epidemiológica, articulando os saberes da clínica e da epidemiologia, na tentativa de reconstruir o modo com que pensamos e trabalhamos em saúde. Para isso é necessário também reformular a clínica tomando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), ampliar as práticas de promoção à saúde, articular-se em equipe interdisciplinares e ampliar os espaços de intervenção, além do consultório e da sala de procedimentos, ou seja, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a família, as instituições.

Esta perspectiva apontada é discutida na propostas teóricas e de intervenção presentes na produção de estudos sobre modelos de atenção à saúde^(10,13,18), que propõem desenhos estratégicos definidos por sujeitos sociais concretos nas instituições, articulado com o desenvolvimento de um modelo de planejamento e gestão que combina ações tecnológicas mais consolidadas e avançadas no campo da saúde pública, reconhecendo a autonomia e legitimidade da clínica, enquanto um espaço historicamente construído e determinado. Isso implica propor mudanças nos serviços públicos de saúde, a partir de uma relação humanizada e acolhedora entre trabalhadores e usuários - ACOLHIMENTO; de uma reflexão contínua de responsabilidade e compromissos - VÍNCULO que poderia resultar na eliminação do sofrimento e das causas reais dos problemas dos usuários - RESOLUTIVIDADE.

3 Trajetória metodológica

Trata-se de um estudo qualitativo que busca situar a organização da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.

O campo de estudo utilizado foi a cidade de Feira de Santana-BA e como recorte espacial, a Divisão de Controle Epidemiológico. Antes de iniciar o trabalho de campo encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana e, após aprovação, foi realizada a coleta de dados em 3 etapas metodológicas. A primeira etapa constituiu-se na identificação e análise dos documentos, que retratavam a organização da VE da SMS de Feira de Santana. Foram analisados todos os documentos disponíveis sobre o tema no período em estudo, a saber: Plano Municipal de Saúde do município, 1997-2000⁽¹⁹⁾; Regimento da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana⁽²⁰⁾; Leis que asseguram a participação do município no processo de municipalização (Lei 1415 e 1421)^(21,22); Portaria nº 1.399 de 15 de dezembro de 1999 para certificação dos municípios à gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças⁽²³⁾

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com roteiro temático, levando em consideração os seguintes pontos: infra-estrutura, recursos disponíveis, planejamento, execução das ações, articulações intra, interinstitucional e intersetorial como partes da organização da VE municipal.

A amostra se constituiu no universo total de sujeitos que trabalhavam na VE, no período de 1997 a 2001, totalizando 05 entrevistados, abrangendo a coordenação e os técnicos do setor, todos graduados em Enfermagem. que assinaram um

termo de consentimento livre e esclarecido em relação à entrevista e à observação, após a explicação, por parte do entrevistador, da finalidade e da relevância da pesquisa em cumprimento, à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽²⁴⁾.

Na terceira etapa, realizou-se a observação sistemática e direta do campo prático por uma das autoras do trabalho, no período de abril a junho de 2001, totalizando 60 horas de trabalho. A participação da pesquisadora limitou-se a observar todos os fatos ocorridos com os sujeitos atuantes na VE, sem estabelecer interlocução com os observados, registrando-os no diário de campo, tomando como base um roteiro orientador que abordava os seguintes pontos: organização da VE (estrutura, recursos humanos, materiais e físicos); ações da VE (sistema de coleta, análise e disseminação das informações; planejamento e execução; articulação (intra e interinstitucional), com a finalidade de formular as sínteses e conclusões que demarcaram a articulação do empírico com o teórico e este com o empírico.

O tratamento do material empírico foi sistematizado seguindo o método de análise proposto por Minayo⁽²⁵⁾:

- a) ordenação dos dados, privilegiando a transcrição das entrevistas gravadas, leitura do material documental selecionado para o estudo e anotações relativas à observação.
- b) classificação dos dados para tentar detectar os temas convergentes e divergentes do material empírico, através das etapas: 1ª: leitura exaustiva e flutuante dos depoimentos, identificando a presença de estruturas de relevância, 2ª: leitura transversal, buscando-se convergências, divergências e o que era diferente. Na síntese final da classificação dos dados elegeram-se os seguintes temas: a forma como se organiza a VE, o planejamento e execução das ações e a articulação e a 3ª etapa: releitura dos documentos, identificando conteúdos com a finalidade de complementar as informações colhidas através das entrevistas.
- c) análise final dos dados foi estabelecida entre as três técnicas de coleta de dados: os documentos, as entrevistas e a observação, fazendo uma articulação das convergências e divergências entre os entrevistados e os registros da observação, complementando com a análise documental.

4 Análise e discussão dos resultados

No Brasil, a década de 90 avança na descentralização das ações, tomando o saber epidemiológico na orientação dos investimentos na promoção da saúde e prevenção das doenças. Contudo, o município de Feira de Santana-BA não acompanhou este processo e em especial a Vigilância Epidemiológica, que foi criada em 1993 no âmbito municipal e só começou a assumir as ações sob sua responsabilidade, em 1995, período em que o município encontrava-se na forma de gestão incipiente ⁽¹⁰⁾.

Em julho de 1997, o município é credenciado na Gestão Plena da Atenção Básica⁽¹⁾, o que significa o repasse automático dos recursos financeiros, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, e o estabelecimento de responsabilidades ao gestor municipal sobre as ações e serviços de atenção básica, incluindo também as ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. De imediato a VE municipal teve que assumir o recolhimento das notificações compulsórias em todos os serviços de saúde e realizar todas as investigações epidemiológicas. No entanto, é importante ressaltar que a descentralização não foi se conformando gradativamente, ou seja, não houve por parte dos sujeitos envolvidos no processo uma preparação para o repasse das responsabilidades de vigilância epidemiológica para o município. Ela se deu de forma abrupta, de um dia para o outro as atividades que eram realizadas pela Diretoria Regional de Saúde passam a ser de responsabilidade total da SMS. Inclusive

as atividades que já eram anteriormente de responsabilidade da VE.

Por outro lado, a estrutura se apresenta bastante deficitária; é forte a ingerência política; o planejamento das ações é assistemático e descontínuo; a articulação se dá em função da resolução de problemas pontuais e um dos grandes limites encontrados diz respeito ao descompasso entre quem executa a ação e quem processa os dados. Os temas apresentados a seguir são esclarecedores destas afirmações.

4.1 A forma como se organiza a Vigilância Epidemiológica

O Regimento da SMS (Art. 1º) confere a SMS a competência em “executar as atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária com vistas à detecção de quaisquer mudanças dos fatores condicionantes da saúde individual e coletiva, a fim de prevenir e controlar a ocorrência e a avaliação de enfermidades, surtos e epidemias”, e à Divisão de Vigilância Epidemiológica a atribuição de “dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar os programas, projetos e atividades de Vigilância Epidemiológica” (Art. 3º) ⁽²⁰⁾.

Apesar disso, o Plano Municipal de Saúde, 1997 – 2000, refere que as ações de VE são desenvolvidas pelo município de forma incipiente, sendo executadas, geralmente pela 2ª DIRES, colocando esta última como a executora das atividades ⁽¹⁹⁾.

A 2ª DIRES teria o papel de articulador técnico junto à Secretaria de Saúde do Município, na implantação de atividades de caráter político-estratégico, já que as experiências acumuladas seriam gradativamente incorporadas pela SMS e compatibilizadas entre as duas esferas de poder ⁽⁹⁾.

No entanto, evidenciam-se descompassos entre os níveis de competência (estadual e municipal). Cada esfera de poder responsabiliza-se por algumas ações, tendo como um dos fatores limitantes o fato de que a coordenação do trabalho desenvolvido é caracterizada como flutuante por meio de mudanças freqüentes de chefia, sem o estabelecimento de critérios de competência técnica para a ocupação do cargo, conforme afirmam os entrevistados: *A cada gestão de prefeitos, vários secretários de saúde são nomeados, acarretando em mudanças de chefia na VE, os quais não trazem propostas documentadas.* (Ent.3)

E ainda Os administradores e chefes da Vigilância não tinham conhecimento técnico, era mais uma ocupação de cargo de confiança. (Ent.4)

A VE até a atual gestão municipal (ano 2001) sempre funcionou em prédios alugados, e eram freqüentes as mudanças de espaço físico como uma ação verticalizada e sem planejamento, gerando insegurança entre os membros da equipe e perda do vínculo e da credibilidade perante a população. A infra-estrutura apresentava deficiências que foram apontadas nos depoimentos. O espaço físico era insuficiente para a quantidade de técnicos que atuavam naquele período. *Havia Haviam ... várias pessoas trabalhando na mesma sala, sem privacidade para atender os casos que chegavam a Vigilância Epidemiológica...* (Ent. 5)

Atualmente a VE ocupa uma ala do prédio onde funciona a SMS e pôde-se observar uma discreta melhora na estrutura física, pois aumentaram o número de salas. Possui uma recepção, uma sala de vacina, uma sala para os assistentes trabalharem com os dados do SINAN, sala para os técnicos, sala da chefia, sala de reunião, um consultório para atender reservadamente os usuários, um almoxarifado onde guardam impressos, material educativo e uma sala para coleta de exames.

Uma das principais queixas trazidas nas falas dos entrevistados era que a VE não conseguia reunir, ao mesmo tempo, principalmente uma linha telefônica, fax e um veículo, elementos essenciais para um setor que precisa a todo o momento entrar em contato com unidades de saúde que

notificam os agravos, bem como a articulação com a comunidade. Mesmo assim, existe uma Portaria nº 1399 do Ministério da Saúde ⁽²³⁾, regulamentando que um município como Feira de Santana, com mais de 100.000 habitantes deve possuir uma linha telefônica, fax, um veículo exclusivo para atender à gestão das ações de epidemiologia e controle das doenças.

Atualmente, a VE possui aparelho de fax, linha telefônica, dois computadores e dois veículos não exclusivos, mas à disposição para realizar o trabalho de campo.

A pouca valorização do trabalho da VE justifica-se pela prática da atenção médica, que reduz a serviços médicos os serviços de saúde oferecidos à população que são ofertados de modo individual sem compreender o coletivo. Esta prática sanitária dissocia a clínica da epidemiologia e, desta forma, desarticula as práticas operacionalizadas no dia-a-dia dos serviços de saúde.

A VE da SMS de Feira de Santana possui como recursos humanos, pessoal de nível superior: 4 enfermeiras com especialização em Saúde Pública na sua maioria, que atuam como técnicos, um médico infectologista, um bioquímico e um assistente social; e pessoal de nível médio: 4 auxiliares de enfermagem e 4 assistentes administrativos.

Segundo a Portaria 1399 do Ministério da Saúde ⁽²³⁾, os municípios com população entre 100.000 a 500.000 habitantes, como Feira de Santana, devem possuir 4 profissionais de nível superior e 08 de nível médio, dessa forma, a VE da SMS de Feira de Santana satisfaz em número de recursos humanos, porém os depoimentos ainda indicam a necessidade de capacitação para atuar com o modelo de atenção à saúde, pautado na construção de uma nova prática que responda aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

4.2 O planejamento e execução das ações

Em relação ao planejamento e à execução das ações, a VE prioriza as ações de urgência.

Os depoimentos abaixo são representativos desta afirmativa: *As ações eram muito pontuais, não tinha um planejamento sistematizado. Resolvia o que era de urgência, apagava-se incêndio mesmo.* (Ent.2)

Entra gestor, sai gestor e ninguém traça um plano de ação. Os gestores trabalham com o Plano Municipal engavetado, assim como os profissionais da Secretaria. (Ent.3)

A análise de dados é prejudicada pelo grande número de notificações que precisam ser investigadas. Geralmente, são notificações encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde, as quais também poderiam realizar a investigação epidemiológica, no entanto não fazem. Isso dificulta a descentralização das ações. *O volume de investigações epidemiológicas é tão grande que a gente não dá conta fazer mais nada, a não ser investigar doenças.* (Ent.3)

Uma outra problemática é a não realização da análise das informações coletadas nas unidades de saúde, que terminam repassando-a para o nível estadual sem prévia análise no âmbito local, onde seria traçado um perfil epidemiológico por área de abrangência. Isto dificulta medidas de controle para dar respostas rápidas e eficazes às demandas e necessidades da população com a finalidade de promover saúde e prevenir doenças, objetos centrais da Vigilância Epidemiológica, visando uma melhor qualidade de vida.

A situação apresentada coaduna com os achados do estudo realizado em Ribeirão Preto ⁽²⁶⁾, no que se refere ao desconhecimento e despreparo das equipes das Unidades Básicas, para análise das informações coletadas no nível local, principalmente se considerarmos que a principal ferramenta de trabalho da VE é a informação. É baseada na informação que as ações são desencadeadas. Por este motivo é que a VE é caracterizada pelo tripé Informação – decisão – ação.

Na ausência de análise e incorporação dessas

informações nos processos decisórios, outros parâmetros são utilizados na orientação das políticas, os quais, nem sempre se voltam para o atendimento das necessidades da população, mas atendem apenas à lógica mercantilista aplicada à área de saúde.

O planejamento em saúde deve contribuir no diagnóstico de necessidades de saúde estabelecido em bases epidemiológicas e ser utilizado como um instrumento determinante para a destinação dos recursos técnicos e financeiros.

4.3 A articulação intra e interinstitucional

A Vigilância Epidemiológica tem dificuldades de articulação. Existem programas dentro da SMS que estão sob sua responsabilidade como as ações programáticas de imunização, anti-rábica, dengue, esquistossomose, entre outros. *Não existe articulação com outros programas da SMS, como PACS, DSTs. O trabalho é feito cada um no seu cantinho.* (Ent.1)

O Regimento da SMS regulamenta ser de competência da VE os programas e projetos relacionados a ela, entretanto, observa-se através das falas dos entrevistados que alguns programas trabalham desarticulados, sem planejamento conjunto.

A articulação interinstitucional é fragilizada, a Vigilância Epidemiológica trabalha conjuntamente com algumas instituições notificantes, como Hospitais, Clínicas, Unidades Básicas de Saúde, Laboratórios, Bancos de Sangue.

O estabelecimento de novas relações entre instituições de saúde como Fundação Nacional de Saúde (regional de Feira de Santana), a 2ª DARES e a SMS devem ser consideradas como um desafio no processo de descentralização. Uma composição integrada entre técnicos destas instituições que trabalham especificamente com VE, pode ser apontado como um caminho para superar superposições de ação e atacar prioritariamente os problemas mais pontuais⁽⁹⁾.

Uma adequada articulação intersetorial possibilitaria à VE um maior reconhecimento perante os outros setores da sociedade.

Um dos elementos fundamentais da vigilância da saúde é a intersetorialidade⁽⁶⁾, pois busca uma unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana, pois a ação completa não ocorre num setor singular, mas exige a solidariedade de distintos setores.

5 Considerações finais

A análise dos dados revelou que a organização da VE não vem obedecendo aos critérios estabelecidos pela Gestão Plena da Atenção Básica, conforme os preceitos da NOB-96⁽¹⁾, que propõe a municipalização da saúde como um caminho para viabilizar a mudança do modelo de saúde, que deve priorizar na agenda governamental as ações promocionais e preventivas para garantir a defesa da vida, individual e coletiva. Esta situação é bem caracterizada na VE de Feira de Santana, pelas freqüentes mudanças de chefia, sem estabelecimento de critérios de competência técnica para ocupação do cargo de coordenação das ações, pautada no saber epidemiológico.

As indicações político-partidárias para a ocupação de cargos hierarquicamente elevados, freqüentes no setor da saúde, são um dos condicionantes para o descompromisso com a saúde pública. Gestores sem propostas e sem compromisso com saúde pública, em especial com a VE, interrompem o processo de crescimento e avanço do setor.

A estrutura da VE é centralizada na SMS, priorizando as ações programáticas de forma verticalizada e desarticulada da rede de serviços e da atenção primária à saúde. Muitos programas da Secretaria não se articulam, trabalham sem integração e o processo de planejamento em saúde não se faz

conjuntamente. A VE não obedece à orientação do SUS no processo de descentralização, necessitando definir prioridades e traçar caminhos com outros setores da sociedade como forma de fortalecer as ações e o sistema.

Nota-se na VE alguns avanços na infra-estrutura como espaço para o desenvolvimento das atividades, apesar de haver ainda carência de equipamentos para a realização do trabalho. A deficiência no processo de descentralização das atividades impede a realização, em tempo hábil, de atividades importantes.

Os recursos humanos necessitam de capacitação para atuar no modelo de atenção à saúde pautado no saber epidemiológico. Os técnicos, apesar da deficiente articulação com SMS, carência de recursos, procuram resolver na medida do possível as ações do setor, porém carecem de poder político para uma integral resolutividade.

A transformação do modelo de atenção à saúde só será possível a partir do momento em que os profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços compreendam o processo saúde-doença sob a lógica da saúde e não, da doença, pois as intencionalidades perpassam pelo compromisso ético e pela vontade política de transformar a prática cotidiana nos serviços locais de saúde.

Existe ainda um longo trabalho que requer uma boa articulação dentro da SMS para garantia de conquistas e avançar no processo de descentralização.

O desafio está em construir socialmente um novo sistema de saúde, referido por uma concepção positiva da saúde como qualidade de vida e por uma nova prática de saúde, individual e coletiva.

Referências

1. Secretaria de Saúde (BA). Resolução nº 28 de 1º de julho de 1997. Aprova o reconhecimento dos municípios na forma de gestão plena da atenção básica municipal. Salvador (BA); 1997. 1 p.
2. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 583 p. il.
3. Barreto ML. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: Costa DC, organizadora. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1990. 220 p. p.19-38.
4. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília (DF) 1998 jul/set;7(2):110-32.
5. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. 3ª ed. São Paulo: UNESP-HUCITEC; 1991. 276 p.
6. Pinto LS, Silvanny Neto AM. Vigilância epidemiológica e controle de doenças e agravos à saúde. In: Silva LMV, organizadora. Saúde coletiva: textos didáticos. Salvador (BA): Centro Editorial e Didático UFBA; 1994. 257 p. p.105-23.
7. Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1994. 310 p. il. (Saúde em debate; 55).
8. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996. 300 p.
9. Assis MMA. A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998. 191 p.
10. Assis, MMA. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado [tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998. 313 f. + anexos.
11. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90). 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1995. 394 p.
12. Andrade LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC-UVA; 2001. 279 p. (Saúde em debate; 139. Didática; 10).
13. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC; 1991. 175 p. (Saúde em debate; 37).

14. Campos GWS. Reforma da reforma repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992. 220 p.
15. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In*: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994. 334 p. p. 29-88. (Saúde em debate; 73. Didática; 3).
16. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. *In*: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. 385 p. p.229-66. (Saúde em debate; 108. Didática; 6).
17. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994. 334 p. p.117-60. (Saúde em debate; 73. Didática; 3).
18. Merhy EE. O SUS e um dos dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *In*: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. 324 p. p.125-42.
19. Secretaria Municipal de Saúde (BR). Plano municipal de saúde: 1997-2000. Feira de Santana (BA); 1997. 75 p.
20. Prefeitura Municipal de Feira de Santana (BA). Câmara Municipal (BA). Decreto 5913/95 de 6 de novembro de 1995, que aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde. Feira de Santana (BA); 1995. 8 p.
21. Prefeitura Municipal de Feira de Santana (BA). Câmara Municipal (BA). Lei nº 1415 de 18 de maio de 1991 que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Feira de Santana (BA); 1991. 2 p.
22. Prefeitura Municipal de Feira de Santana (BA). Câmara Municipal (BA). Lei nº 1421 de 17 de junho de 1991 que institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Feira de Santana (BA); 1991. 2 p.
23. Secretaria de Saúde (BA). Comissão Intergestores Bipartite. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. Relação de documentos e instrumentos de comprovação para a certificação dos municípios à gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças. Salvador (BA); 1999. 1 p.
24. Fundação Osvaldo Cruz. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro; 1998. 87 p.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO; 1993. 269 p.
26. Villa TCS, Almeida MCP, Palha PF, Muniz JN, Gonzales RI, Pinto Neto JM, *et al.* A prática da vigilância epidemiológica: entre o geral e o específico. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2002 jan/fev;55(2):169-73.

Data de recebimento: 16/10/2002

Data de aprovação: 26/06/2003